



Klinikum am Weissenhof



Kooperation
für Transparenz
und Qualität im
Gesundheitswesen

KTQ-QUALITÄTSBERICHT

zum KTQ-Katalog 2009.2 für Krankenhäuser

Einrichtung:	Zentrum für Psychiatrie Weinsberg Klinikum am Weissenhof
Institutionskennzeichen:	260811078
Anschrift:	Weissenhof 1 74189 Weinsberg
Ist zertifiziert nach KTQ® mit der Zertifikatnummer:	2014-0061 KHVN
durch die von der KTQ-GmbH zugelassenen Zertifizierungsstelle:	WIESO CERT GmbH
Gültig vom:	02.09.2014
bis:	01.09.2017

Inhaltsverzeichnis:

Vorwort der KTQ®	3
Vorwort der Einrichtung	5
Die Kategorien	7
1 Patientenorientierung	8
2 Mitarbeiterorientierung	12
3 Sicherheit	14
4 Informations- und Kommunikationswesen	18
5 Führung.....	21
6 Qualitätsmanagement.....	24

Vorwort der KTQ[®]

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren ist ein spezifisches Zertifizierungsverfahren des Gesundheitswesens für die Bereiche Krankenhaus, Arztpraxen, MVZ, Pathologische Institute, Rehabilitationskliniken, Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen und Rettungsdienstleistungen.

Gesellschafter der KTQ[®] sind die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene¹, die Bundesärztekammer (BÄK) -Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern-, die Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), der Deutsche Pflegerat e. V. (DPR) und der Hartmannbund – Verband der Ärzte in Deutschland e. V. (HB). Die Entwicklung des Verfahrens wurde finanziell und ideell vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt und vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung in Tübingen wissenschaftlich begleitet.

Die Verfahrensinhalte, insbesondere der KTQ-Katalog, wurde hierarchie-, und berufsgruppenübergreifend in konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der KTQ-GmbH und Praktikern aus dem Gesundheitswesen entwickelt und erprobt. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses werden die Kataloge entsprechend weiterentwickelt.

Mit dem freiwilligen Zertifizierungsverfahren und dem damit verbundenen KTQ-Qualitätsbericht bietet die KTQ[®] somit Instrumente an, die die Sicherung und stetige Verbesserung der Qualität in Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Öffentlichkeit darstellen.

Das KTQ-Zertifizierungsverfahren basiert auf einer Selbst- und Fremdbewertung nach spezifischen Kriterien, die sich auf

- die Patientenorientierung,
- die Mitarbeiterorientierung,
- die Sicherheit,
- das Kommunikations- und Informationswesen,
- die Führung des Krankenhauses und
- das Qualitätsmanagement

der Einrichtung beziehen.

Im Rahmen der Selbstbewertung hat sich das Krankenhaus zunächst selbst beurteilt. Anschließend wurde durch ein mit Krankenhausexperten besetztes Visitorenteam eine externe Prüfung des Krankenhauses – die so genannte Fremdbewertung – vorgenommen.

Im Rahmen der Fremdbewertung wurden die im Selbstbewertungsbericht dargestellten Inhalte von den KTQ-Visitoren[®] gezielt hinterfragt und durch Begehungen verschiedener Bereiche der Einrichtung überprüft. Auf Grund des positiven Ergebnisses

¹ zu diesen zählen: Verband der Ersatzkassen e. V., AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung, Knappschaft.

der Fremdbewertung wurde dem Krankenhaus das KTQ-Zertifikat verliehen und der vorliegende KTQ-Qualitätsbericht veröffentlicht.

Jeder KTQ-Qualitätsbericht beinhaltet eine Beschreibung der zertifizierten Einrichtung sowie eine Leistungsdarstellung der insgesamt 63 Kriterien des KTQ-Kataloges 2009. Darüber hinaus sind die Krankenhäuser verpflichtet im zweijährigen Turnus den strukturierten Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu veröffentlichen. Dieser strukturierte Qualitätsbericht wird ebenfalls im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht. Hier sind alle diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändige medizinische Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität beschrieben.

Wir freuen uns, dass das **Klinikum am Weissenhof** mit diesem KTQ-Qualitätsbericht allen Interessierten – in erster Linie den Patienten und ihren Angehörigen – einen umfassenden Überblick hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements vermittelt.

Die Qualitätsberichte aller zertifizierten Einrichtungen sind auch auf der KTQ-Homepage unter www.ktq.de abrufbar.

Dr. med. G. Jonitz

Für die Bundesärztekammer

S. Wöhrmann

Für die Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene

Dr. med. B. Metzinger, MPH

Für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft

A. Westerfellhaus

Für den Deutschen Pflegerat

Dr. med. M. Vogt

Für den Hartmannbund

Vorwort der Einrichtung

Das Klinikum am Weissenhof (KaW) Weinsberg

Das Klinikum am Weissenhof Weinsberg ist eines der sieben Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg.



Es wurde 1903 als Königliche Heilanstalt gegründet und war das erste, eigens für diesen Zweck gebaute psychiatrische Krankenhaus. Im Jahr 1954 erfolgte die Umfirmierung in "Psychiatrisches Landeskrankenhaus", 1996 der Rechtsformwechsel in eine Anstalt des öffentlichen Rechts und eine Umbenennung in "Zentrum für Psychiatrie Weinsberg". Der Namenswechsel "Klinikum am Weissenhof" folgte 2002.

Das Klinikum ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg* und versorgt Patienten aus dem Stadt- und Landkreis Heilbronn, dem Hohenlohekreis, dem Kreis Schwäbisch Hall sowie dem nördlichen Teil des Landkreises Ludwigsburg. Das Einzugsgebiet umfasst somit mehr als 1 Million Einwohner. Es werden jährlich ca. 6.130 Fälle stationär und ca. 810 teilstationär behandelt, weitere ca. 8.210 Fälle (Quartalszählweise) ambulant in den angegliederten Ambulanzen.

Das Klinikum besteht aus sieben selbstständigen Kliniken, die jeweils von einer Dualen Leitung aus Chefarzt und Pflegedienstleitung geführt werden: Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie Ost, Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Psychotherapie West, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Gerontopsychiatrie und Psychotherapie, Klinik für Suchttherapie und Psychotherapie, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie.



Die Stationen sind in einem weitläufigen Parkgelände im Pavillonstil angelegt und werden durch einen modernen Neubau erweitert, in dem sich neben Krankenstationen auch die diagnostischen Einrichtungen befinden in und in dem seit 1.4.2008 ein Medizinisches Versorgungszentrum (Geronto-psychiatrie, Psychiatrie, Allgemeinmedizin und Psychotherapie) eingerichtet ist.

Die Behandlung umfasst die somatische (körperliche) Behandlung (mit Medikamenten, Bewegungs- und Sporttherapie und Krankengymnastik), die Psychotherapie (mit Verhaltens- und Kognitiver Therapie, tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, stützende Psychotherapie) und die Sozialtherapie mit Sozialarbeit, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Musik- und Kunsttherapie und lebenspraktischem Training.



Im Sinne der wohnortnahen Versorgung betreibt das Klinikum eine Tagesklinik für Allgemeine Psychiatrie, Gerontopsychiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie in Heilbronn, Künzelsau und Ludwigsburg. Das Klinikum kooperiert mit der Tagesklinik in Schwäbisch. Eine Kooperation besteht mit dem Weinsberger Hilfsverein für psychisch Kranke e.V.*, der Träger des Sozialpsychiatrischen Dienstes im Stadt- und Landkreis

Heilbronn und weiterer Einrichtungen in der Region ist. Er ist aktiv im Bereich betreutes Wohnen und in der Familienpflege und unterhält eine Tagesstätte in Heilbronn, eine Trainingstagesstätte und den Integrationsfachdienst für den Raum Heilbronn.

An das Klinikum angeschlossen ist eine Krankenpflegeschule*, für die Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es eine von Landkreis getragene Schule für Kranke* auf dem Klinikgelände.



Neben zahlreichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen finden am Klinikum vielfältige kulturelle Veranstaltungen für einen breiten Interessentenkreis statt.

Hermann J. Fliß
Geschäftsführer

* Nicht Teil dieser KTQ-Zertifizierung

Die Kategorien

1 Patientenorientierung

1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung

1.1.1 Erreichbarkeit und Aufnahmeplanung

Das Klinikum ist über eine 24-h-Besetzung der Pforte jederzeit erreichbar. Die Ausschilderung der Zufahrten ist vorhanden, im Internet befindet sich ein Anfahrtsplan. Die Zuständigkeit der Fachabteilung für eine Aufnahme wird bei der Anmeldung überprüft, die Aufnahmeplanung wird durch eine Vorschaltambulanz, Belegungsübersichten, Aufnahmekalender und Aufnahmelisten in den Fachabteilungen geregelt und sichergestellt. Die Patientenaufnahme, einschließlich administrativer Daten, findet auf den Stationen statt. Auf diese Weise ist sichergestellt, dass die Patienten stets von Fachpersonal betreut werden, der Facharztstandard ist durch einen entsprechenden Dienstplan sicher gestellt. Durch die Aufnahme direkt auf den Stationen kommt es nur in Ausnahmefällen zu geringen Wartezeiten. Ein gedruckter Lageplan und ein Wegeleitsystem zu jeder Station stehen zur Verfügung. Bei Bedarf ist eine Einfahrt bis zum entsprechenden Gebäude möglich, eine persönliche Begleitung kann gestellt werden.

1.1.2 Leitlinien

Bei der Behandlung werden Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften und Expertenstandards sowie deren hausinterne Anpassungen und eigens entwickelte Leitlinien angewendet. Eine Behandlung nach dem Stand der Wissenschaft wird somit gewährleistet. Die Leitlinien und Standards stehen den Mitarbeitern in gedruckter Form auf den Stationen oder über das Intranet jederzeit zur Verfügung. Die Einhaltung wird durch die Visiten und Fallbesprechungen, durch die entsprechende Dokumentation in der Krankenakte sowie durch Audits des Qualitätsmanagements überprüft.

1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten

Das Krankenhaus informiert über Flyer sowie über eine Internetseite über seine Leistungsangebote. Über die rund um die Uhr besetzte Informationsstelle können Patienten, Angehörige und Besucher jederzeit Informationen einholen. Die Beratung von Angehörigen, niedergelassenen Ärzten und komplementären Diensten wie Beratungsstellen oder Heimen, ist selbstverständlich. Die Planung von Diagnostik und Therapie erfolgt unter größtmöglicher Einbeziehung und Aufklärung der Patienten und der Angehörigen. Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen werden berücksichtigt.

1.1.4 Service, Essen und Trinken

Jeder Patient kann nach seinen persönlichen Wünschen täglich aus einem breiten Speisenangebot aus der klinikeigenen Küche wählen. Die Ernährung wird individuell, auch mit Unterstützung einer Diätassistentin, auf medizinische Aspekte abgestimmt. Die Einnahmen der Speisen erfolgt, auch zur Förderung der sozialen Bedürfnisse, im Speisesaal. Auf persönliche, kulturelle und religiöse Ernährungsgewohnheiten wird selbstverständlich eingegangen. Eine Cafeteria steht zur Verfügung.

1.1.5 Kooperationen

Die Behandlung wird durch den fallführenden Therapeuten koordiniert, dies geschieht in erster Linie durch die fallbezogene, berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit im Rahmen von Visiten und Therapiebesprechungen. Durch die elektronische Patientenakte stehen Informationen jederzeit für alle an der Behandlung Beteiligten zur Verfügung. Dieser Prozess wird durch die hohe Verfügbarkeit der Informationen durch die elektronische Patientenakte unterstützt. Nach Einverständnis des Patienten werden auch die Angehörigen mit einbezogen. Es existiert ein geregelter internes und externes Konsiliarwesen zur Unterstützung diagnostischer Maßnahmen. Die Koordination der Termine wird durch eine Leitstelle gewährleistet.

1.2 Notfallaufnahme

1.2.1 Erstdiagnostik und Erstversorgung

Erstdiagnostik und Erstversorgung sind durch Leitlinien und Standards geregelt. Der psychiatrische, soziale und körperliche Befund wird standardisiert erhoben und dokumentiert. Aufnahmegespräche werden in den Arzt- / Stationszimmern geführt. Der fachärztliche Standard ist stets gewährleistet. Die Abklärung sozialer Belange wird durch den Sozialdienst auf den Stationen durchgeführt. Zur Planung der Diagnostik und Therapie werden interne und externe Vorbefunde herangezogen. Interne Befunde sind unmittelbar über das elektronische Krankenblatt verfügbar. Bei geplanten Aufnahmen werden die Patienten oder deren Angehörige gebeten, externe Vorbefunde mitzubringen. Weitere externe Vorbefunde werden nach der schriftlichen Einverständniserklärung des Patienten ebenfalls standardisiert angefordert.

1.3 Ambulante Versorgung

1.3.1 Ambulante Diagnostik und Behandlung

Zur ambulanten Versorgung sind Psychiatrische Institutsambulanzen eingerichtet. Neben der zentralen Behandlung besteht die Möglichkeit der dezentralen Betreuung auf den Stationen. Dadurch wird die gerade für psychiatrische Patienten vorteilhafte Kontinuität der Betreuung gewährleistet. Das Klinikum betreibt ein Medizinisches Versorgungszentrum für die Fachbereiche Gerontopsychiatrie, Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten unterscheiden sich nicht von den stationären Angeboten, die ambulante Versorgung in den Psychiatrischen Institutsambulanzen ist strikt an den Bedürfnissen psychiatrischer Patienten orientiert, das vorgeschriebene Komplexangebot in Diagnostik und Therapie wird vorgehalten und multiprofessionell erbracht.

1.3.2 Ambulante Operationen

Die Klinik ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in der keine ambulanten Operationen durchgeführt werden.

1.4 Stationäre Versorgung

1.4.1 Stationäre Diagnostik und Behandlungsplanung

Das Klinikum hält ein breites Spektrum an Diagnostik- und Therapieangeboten vor, die Planung der Diagnostik und Behandlung wird mit den Patienten besprochen. Die Behandlungsplanung wird in der elektronischen Patientenakte standardisiert dokumentiert und überprüft. Diagnostik und Therapie richten sich nach Leitlinien der Fachgesellschaften und nach Expertenstandards. Behandlungspfade sind in Vorbereitung. Aufklärungsbroschüren stehen auch in verschiedenen Fremdsprachen zur Verfügung. Bei Vorbehalten durch den Patienten finden der Situation entsprechende Motivations- und Überzeugungsgespräche statt. Die umfassende Behandlung wird durch ein multidisziplinäres Team gewährleistet. Für jeden Patienten ist ein Bezugstherapeut verantwortlich, der gemeinsam mit ihm unter Berücksichtigung von Behandlungs- und Pflegestandards individuelle Behandlungsziele und die notwendigen Maßnahmen zu deren Erreichung festlegt. Die Steuerung des Behandlungsprozesses erfolgt in berufsgruppenübergreifenden Visiten, Stations- und Fallbesprechungen.

1.4.2 Therapeutische Prozesse

Ein breites Spektrum medikamentöser, psychotherapeutischer, fachtherapeutischer (Musik-, Bewegungs-, Arbeits-, Ergo- und Kunsttherapie in einem Kreativtherapeutischen Zentrum) sowie sozialpädagogische und sozialarbeiterische Angebote und ein System von Bezugstherapeuten sowie die Berücksichtigung von Leitlinien, Standards, Facharztstandard und Komplikationsvorsorge gewährleisten die Durchführung einer professionellen Behandlung. Eine Koordination der Behandlungen in Visiten und Fallbesprechungen ergänzen die Güte der Behandlung. Besonderer Wert wird auf die individuelle Milieugestaltung auf den Stationen gelegt.

1.4.3 Operative Verfahren

Die Klinik ist eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, in der keine ambulanten Operationen durchgeführt werden. Daher entfällt das Kriterium.

1.4.4 Visite

Visiten werden schwerpunktmäßig als Sitz- und Kurvenvisiten durchgeführt, an denen neben dem Patienten die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen teilnehmen. Bei Bedarf und mit Einverständnis des Patienten werden auch Angehörige einbezogen. Die täglichen Visiten werden durch Oberarzt- und Chefarztvisiten ergänzt.

1.4.5 Teilstationär, Prästationär, Poststationär

Die Tagesklinische Behandlung findet über teilstationäre Plätze auf den Stationen bzw. in den Tageskliniken in Heilbronn (Allgemein-, Geronto- und Kinder- und Jugendpsychiatrie) und in Künzelsau (Allgemeinpsychiatrie) am dortigen Krankenhaus statt. Eine enge Kooperation besteht mit der Tagesklinik in Schwäbisch Hall. Prä- und poststationäre Behandlungen können in den Institutsambulanzen durchgeführt werden.

1.5 Übergang in andere Bereiche

1.5.1 Entlassung

Der frühzeitigen Planung der Entlassung als Teil des Behandlungsplanes dient ein Entlassmanagement, das Patienten und gegebenenfalls dessen Angehörigen einbezieht, ggf. wird auch der Sozialdienst frühzeitig mit einbezogen. Die Sicherung der kontinuierlichen Weiterversorgung ist dabei ein wichtiges Ziel. Dazu dienen Kontakte mit internen (Ambulanzen, ambulanter psychiatrischer Pflegedienst) und externen Einrichtungen (Heime, Wohngemeinschaften, niedergelassene Ärzte und Therapeuten). Entlassungsgespräche mit dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten sowie dem Pflegedienst finden statt.

1.5.2 Kontinuierliche Weiterbetreuung

Jeder Patient erhält bei der Entlassung einen Kurzbrief. Darin enthalten sind Diagnose, Verlauf, Befunde und die letzte Medikation. Bei Verlegungen in andere Einrichtungen findet eine mündliche Informationsweitergabe zur Ergänzung statt, abteilungsspezifisch gibt es Überleitungsberichte. Die Weiterversorgung wird durch Kontakte zu stationären und ambulanten Einrichtungen sowie auch Selbsthilfegruppen koordiniert und sichergestellt. Dies geschieht abteilungsspezifisch, um auf die jeweils spezifischen Anforderungen eingehen zu können. Das Klinikum stellt die Institutsambulanzen und einen ambulanten psychiatrischen Pflegedienst zur Verfügung.

1.6 Sterben und Tod

1.6.1 Umgang mit sterbenden Patienten

Auf die Bedürfnisse sterbender Patienten wird durch die Bereitstellung von Einzelzimmern, der Möglichkeit der Unterbringung und Versorgung von Angehörigen und der Möglichkeit einer Betreuung durch am Klinikum beschäftigte Seelsorger und entsprechend geschultes Personal eingegangen. Eine Verständigung der Angehörigen erfolgt durch den behandelnden Arzt. Bei Sterbenden ohne Angehörige kann ein ambulanter Hospizdienst eingeschaltet werden. In Konfliktsituationen kann das Ethikkomitee des Klinikums beratend hinzugezogen werden. Auch eine Verlegung in entsprechend ausgestattete Einrichtungen ist möglich. Ein Qualitätszirkel sorgt für eine ständige Weiterentwicklung.

1.6.2 Umgang mit Verstorbenen

Die Achtung der Würde und Persönlichkeit des Verstorbenen ist selbstverständlich. Auf individuelle Wünsche des Verstorbenen oder der Angehörigen wird ebenso eingegangen wie auf religiöse Bedürfnisse. Für die Angehörigen besteht durch die Bereitstellung von Einzelzimmern und rechtzeitige Information ein Rahmen, um in Würde Abschied zu nehmen. Die Verstorbenen werden in die Leichenhalle der Stadt Weinsberg verbracht, den Angehörigen entstehen hierzu keine Kosten. Gesprächsmöglichkeiten mit dem Personal bestehen, bei Bedarf erhalten die Angehörigen auch Hilfestellung (Patientenservice und / oder Sozialdienst) bei der Erledigung von Formalitäten.

2 Mitarbeiterorientierung

2.1 Personalplanung

2.1.1 Planung des Personalbedarfs

Der Personalbedarf wird nach Berufsgruppen und Fachgebieten unter anderem anhand von Kennzahlen erhoben. Änderungen im Leistungsspektrum können zu einer Anpassung der Personaleinsatzplanung genutzt werden. Der Personalrat wird durch den Personalleiter über die Planungen informiert. Innerhalb der Kliniken und der Berufsgruppen sind selbstständige Verschiebungen möglich, sofern das Gesamtbudget nicht berührt wird. Über den aktuellen Ist-Stand informiert die monatliche Kosten-Leistungs-Information im Intranet. Die Steuerung erfolgt über die Konferenz der Medizinischen Direktion sowie über die Operative Konferenz. Diese können zeitnah notwendige Entscheidungen treffen und entsprechende Veränderungen vornehmen.

2.2 Personalentwicklung

2.2.1 Personalentwicklung / Qualifizierung

Die Personalentwicklung ist als Bestandteil der Unternehmenspolitik implementiert. Im Rahmen der Mitarbeiterjahresgespräche werden die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen für jeden Mitarbeiter analysiert. Für bedarfsorientierte Fortbildungsmaßnahmen z. B. Vorgesetztenschulung für Mitarbeiterjahresgespräche und Führungskräfte werden Sondermittel zur Verfügung gestellt. Im Klinikum werden die innerbetrieblichen Fortbildungsmaßnahmen durch den Bereich Personalentwicklung zentral organisiert. Tätigkeitsprofile existieren für alle Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen und sind kommuniziert.

2.2.2 Einarbeitung von Mitarbeitern

Für neue Mitarbeiter des Klinikums existiert ein übergeordnetes Einarbeitungskonzept. Danach wird der Einführungsprozess auf 2 Monate festgelegt, bei dem Vorgesetzte, Paten und Mentoren einbezogen sind. Neue Mitarbeiter erhalten eine Mitarbeiter-einführungsmappe. Die Unterlagen werden von der Personalabteilung vorbereitet und an die zuständigen Vorgesetzten geschickt. Pro Jahr findet ein Einführungstag statt. Nach Beendigung der Einarbeitungszeit wird eine Evaluation durchgeführt.

2.2.3 Ausbildung

Angegliederte Ausbildungsstätten sind die Gesundheits- und Krankenpflegeschule, das akademische Lehrkrankenhaus, die Berufsschule und die Berufsakademie. Ein Theorie-Praxis-Bezug wird über den ständigen Kontakt der internen Ausbildungsverantwortlichen mit den Ausbildungsstätten realisiert. Die Abstimmung mit der angegliederten Uniklinik erfolgt über den Chefarzt der AP&P, über den Pflegedirektor für die GKPS und über den Ausbildungsbeauftragten mit der Berufsschule und der Berufsakademie. Am Klinikum ist die Facharztausbildung geregelt, es stehen Plätze für Psychologen / Psychotherapeuten in Ausbildung und generelle Praktikantenplätze zur Verfügung.

2.2.4 Fort- und Weiterbildung

Das Klinikum bietet interne und externe Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen an und fördert diese finanziell sowie durch Freistellungen. Ein jährliches Programm wird erstellt und veröffentlicht. Dieses beinhaltet auch Pflichtveranstaltungen wie Vitaler Notfall und Datenschutz. Es besteht eine enge Zusammenarbeit mit der Akademie im Park mit einem breiten Angebot in den Bereichen Medizin, Psychologie, Pflege, EDV, Kompetenz im sozialen und methodischen Bereich. Zusätzlich werden interne Fortbildungsmaßnahmen während der Dienstzeit angeboten. Das Klinikum unterhält einen Onlinezugriff auf Fachzeitschriften, über die Universität Mannheim besteht die Möglichkeit der Fernleihe. DIMDI - Abfragen können durchgeführt werden. Auf Abteilungs- und Stationsebene steht fachbezogene und berufsgruppenbezogene Literatur zur Verfügung. Für eine große Anzahl von Mitarbeitern ist der Zugriff auf ausgewählte Internetseiten möglich.

2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern

2.3.1 Mitarbeiterorientierter Führungsstil

Es liegen klinikinternen Unternehmensleitlinien und Führungsgrundsätze in Schriftform vor. Der Führungsstil basiert auf den Regeln des kooperativen Stiles. Die Mitarbeiter werden innerhalb von Projektgruppen und mit personenbezogener Projektverantwortung zu pro-aktivem Handeln ermutigt. Mitarbeiter werden auf allen Ebenen in Entscheidungsfindungen einbezogen. In grundlegende strategische Entscheidungen und Planungen wird der Personalrat einbezogen. Ein Curriculum für Führungskräfte wurde obligatorisch eingeführt.

2.3.2 Geplante und gesetzliche Regelungen zur Arbeitszeit

Die gesetzlichen und tariflichen Arbeitszeiten werden eingehalten, es wurde eine elektronische Zeiterfassung und ein elektronisches Dienstplansystem für die Mitarbeiter auf den Stationen und im Verwaltungs- und Wirtschaftsbereich eingerichtet. Dies erlaubt einen ständigen Ist-Soll-Vergleich. Auf Wünsche von Mitarbeitern wird bei der Dienstplangestaltung eingegangen. Es bestehen zahlreiche Arbeitszeitmodelle. Es gibt feste Arbeitszeiten, Kernarbeitszeiten, Gleitzeitregelungen sowie Schichtmodelle, geteilte Dienste, Nachtwachen, Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaft. Die geltende Regelung ist berufsgruppenabhängig.

2.3.3 Mitarbeiterideen, -wünsche und -beschwerden

Es existiert ein geregelter betriebliches Vorschlagswesen, Vorschläge werden nach Einholung von Stellungnahmen bewertet und mit Geldbeträgen nach einem festen System prämiert. Die Mitarbeiter haben ferner die Möglichkeit, Wünsche und Ideen bei ihrem Vorgesetzten oder dem jeweiligen Qualitätsbeauftragten als Vertreter in der Koordinierungsgruppe Qualitätsmanagement oder dem Qualitätsmanagement direkt einzureichen. Für Beschwerden stehen das Beschwerdemanagement, der Vorgesetzte, die Geschäftsleitung, der Personalrat und die benannten Beauftragten der Geschäftsleitung zur Verfügung.

3 Sicherheit

3.1 Schutz- und Sicherheitssysteme

3.1.1 Arbeitsschutz

Die Gewährleistung des Arbeitsschutzes wird durch den Betriebsarzt (Arbeitsmediziner) und dem Beauftragten für Arbeitssicherheit sichergestellt. Es finden arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen statt und es werden präventive Schutzimpfungen angeboten. Das Jugendarbeitsschutzgesetz und das Mutterschutzgesetz werden umgesetzt. Eine Personensicherungsanlage steht zur Verfügung. Es existiert ein strukturiertes Unfallmeldeverfahren. Durch Begehungen und der Vermittlung und Anpassung von Handlungsanweisungen zu sicherheitsrelevanten Themen sowie Beiträgen in der Hauszeitschrift wird der Sicherheitsaspekt ständig thematisiert und umgesetzt. Die Arbeitssicherheit ist Teil des Einführungskonzeptes für Mitarbeiter.

3.1.1 Brandschutz

Das Klinikum verfügt über eine eigene Werksfeuerwehr. Ausbildung, Mannschaft und Ausrüstung sind den Qualitätskriterien der Empfehlung des Baden-Württembergischen Feuerwehrverbandes entsprechend. Es sind Flucht- und Rettungspläne erstellt, eine moderne Brandmeldeanlage ist in Betrieb. Eine Brandschutzordnung wurde erstellt, es finden regelmäßige Brandschutzunterweisungen und Übungen der Feuerwehr statt. Sammelpunkte sind ausgewiesen.

3.1.3 Umweltschutz

Der Umweltschutz ist im Leitbild des Klinikums festgeschrieben. Mit der wirtschaftlichen, ressourcen- und umweltschonenden Versorgung des Klinikums mit Wärme, Strom und Wasser unter Berücksichtigung der erforderlichen Versorgungssicherheit ist unsere Tochtergesellschaft Energie Weissenhof GmbH beauftragt. Die Abfallbewirtschaftung wird von der Anlagenpflege betrieben. Beschaffungen werden nach Rücksprache mit dem Abfallbeauftragten, der Hygienefachkraft und einer Überprüfung der Lieferanten beziehungsweise nach Nachweis der Zertifizierung der Produkte getätigt. Abfallbilanzen werden erstellt, der Energieverbrauch überwacht und entsprechende Maßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Es gibt ein Wasser- und Energieeinsparkonzept.

3.1.4 Katastrophenschutz

Da das Klinikum als nichtsomatisches Haus nicht in den Katastrophenschutzplan des Landkreises Heilbronn aufgenommen ist, treffen die Regelungen der Aufnahmeverpflichtung des Krankenhauses für Notfallpatienten bei Großschadensereignissen nicht zu.

3.1.5 Nichtmedizinische Notfallsituationen

Nichtmedizinische Notfälle sind Bestandteil des Risikomanagementhandbuchs. Es existieren Konzepte zum Ausfall der EDV und der Telefonanlage. Für die Bereiche Stromversorgung und Trinkwasserversorgung sind Notfallpläne erstellt. In Intranet ist eine Schnellstartseite "Notfall" integriert. Dort werden notwendigen Informationen hinterlegt.

3.2 Patientensicherheit

3.2.1 Schutz des Patienten vor Eigen- und Fremdgefährdung

Die Patientensicherheit wird durch spezifische Behandlungs- und Unterbringungskonzepte, die 24-stündige Präsenz von Fachpersonal, die Einrichtung einer Notfallgruppe, Handlungsanweisungen z.B. zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen und Gefahrensituationen gewährleistet. Es existiert ein Personennotrufsystem. Der Umgang mit suizidalen Patienten und anderen psychiatrischen Notfällen wird in Fortbildungsveranstaltungen thematisiert und ist in entsprechenden Leitlinien geregelt.

3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement

Es existiert ein geregeltes Notfallmanagement. Darin sind die verwendeten Materialien, das Verfahren und die Verantwortlichkeiten geregelt. Für den medizinischen Notfall ist der Internist verantwortlich. Es gibt Erste Hilfe Koffer auf allen Stationen und Therapieräumen mit standardisiertem Inhalt. Die Notfallgruppe besteht aus Internist, Arzt vom Dienst und zwei examinierten Pflegekräften. Ein standardisierter Notfallkoffer mit Medikamenten und Reanimationsgerät gehört zur Ausrüstung. Für die Mitglieder der Notfallgruppe ist die Teilnahme an der jährlichen Mega-Code-Schulung verpflichtend geregelt. Die Einsätze der Notfallgruppe werden dokumentiert und ausgewertet.

3.2.3 Hygienemanagement

Die Organisation der Hygiene wird durch eine Hygienefachkraft, den hygienebeauftragten Arzt und die Arbeit der Hygienekommission geregelt. Hygieneordner sind auf allen Stationen vorhanden, zusätzlich wird dieser über das Intranet bereitgestellt. Die Einhaltung der Hygienevorschriften wird durch regelmäßige, protokollierte Begehungen und den entsprechend abgeleiteten Maßnahmen und Mitarbeiterschulungen sichergestellt. Die hygiesichernden Maßnahmen sind entsprechend der Richtlinie des Robert-Koch-Instituts ausgearbeitet und geregelt. Die Unterweisung erfolgt durch Fortbildungen und Einzelveranstaltungen auf den Stationen und in den Bereichen. Die Informationen sind im Hygienehandbuch auf den Stationen und im Intranet jederzeit abrufbar. Die Einhaltung der Hygienerichtlinien wird durch Schulungen, Artikel in der Hauszeitschrift und Aktualisierung des Hygieneordners und Begehungen mit Rückmeldungen an die Bereiche sichergestellt. Die Küche arbeitet nach dem HACCP-Konzept.

3.2.4 Hygienerrelevante Daten

Die erhobenen Daten liegen in den jeweils zuständigen Bereichen vor. Die Ergebnisse aus dem Bereich Technik - Wasser wird an das Gesundheitsamt weitergeleitet. Alle Untersuchungsergebnisse werden bei der Hygienefachkraft zur Über- und Durchsicht archiviert. Im Klinikum am Weissenhof werden fachrichtungsbezogen definierte Screening-Untersuchungen auf Krankheitserreger (Gerontopsychiatrie) durchgeführt, die erhobenen Daten werden der Fachabteilung zur Verfügung gestellt. Meldepflichtige Infektionskrankheiten werden vom behandelnden Arzt an das Gesundheitsamt und an die Hygienefachkraft gemeldet. Meldepflichtige Erkrankungen, die über das untersuchende Labor erhoben werden, werden durch das Labor und durch das Gesundheitsamt an die Station und an die Hygienefachkraft gemeldet. Die Ergebnisse werden in der Hygienekommission kommuniziert.

3.2.5 Infektionsmanagement

Die Planung und Festlegung zur Umsetzung hygiesichernder Maßnahmen erfolgt in der Hygienekommissionssitzung. Die hygiesichernden Maßnahmen richten sich nach den Vorgaben des Robert-Koch-Institutes und den gesetzlichen Vorschriften. In den Pflegestandards finden sich Vorgehensweisen zur Vermeidung von Infektionen und zum Umgang mit eingetretenen Infektionen. Im Hygienehandbuch und in den Desinfektionsplänen sind alle hygienerlevanten Vorgehensweisen festgelegt. Eine regelmäßige mikrobiologische Überprüfung der hygienerlevanten Bereiche Trinkwasser, Wäscherei - Waschmaschinen, Matratzendesinfektionsanlage findet statt, ebenso Hygienevisiten und Hygienebegehungen in den verschiedenen Bereichen des Klinikums.

Die Vorgaben zum Umgang mit Patienten, die mit bestimmten Infektionserregern (insbesondere MRSA, VRE, HIV, Hepatitis, TBC) infiziert sind, sind im Hygienehandbuch festgelegt und werden durch die Hygienefachkraft ständig überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Es gibt Hygienestandards und Informationsblätter für Patienten und Angehörige bei MRSA, VRE, Enteriden, HIV, Hepatitis, Noroviren.

3.2.6 Arzneimittel

Das Klinikum verfügt über eine eigene Krankenhausapotheke. Es existiert ein übersichtliches, ausgewogenes Arzneimittelsortiment auf Basis der Arzneimittelliste. Ihr Inhalt wird durch die Arzneimittelkommission festgelegt und bei regelmäßigen Sitzungen überarbeitet und aktualisiert. Die gelisteten Artikel sind in der Medical-Liste aufgeführt. Aktuelle Änderungen z.B. wegen Feiertagen werden im Intranet an alle Stationen und Ärzte weitergegeben. Nicht bevorratete Arzneimittel können als sog. "Sonderanforderung" mit einem speziellen Vordruck bestellt werden. Die Anwendung von Arzneimitteln wird durch die Arzneimittelkommission auf Grund EBM-basierter und wirtschaftlicher Vorgaben geregelt. Hinweise durch die Apotheke an alle Ärzte und Stationen erfolgen per Intranet. Die Organisation der Meldung unerwünschter Nebenwirkungen ist geregelt.

3.2.7 Blutkomponenten und Plasmaderivate

Blut wird im Klinikum nicht eingesetzt, bei Bedarf erfolgt eine Verlegung in ein entsprechendes Krankenhaus. Blutprodukte finden äußerst selten Anwendung. Ein explizites Qualitätsmanagementsystem liegt aufgrund des geringen Vorkommens nicht vor. Eine entsprechende Vereinbarung mit der Landesärztekammer Baden-Württemberg wurde getroffen.

3.2.8 Medizinprodukte

Ein Beauftragter für Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz ist zentral bestellt und ist gleichzeitig für die Medizintechnik zuständig. Ein zentraler und auf den Stationen und Abteilungen verfügbarer Ordner mit Übersichten über die Geräte und die Geräteverantwortlichen sowie die Gebrauchsanweisungen ist vorhanden, regelmäßige Unterweisungen finden statt.

4 Informations- und Kommunikationswesen

4.1 Informations- und Kommunikationstechnologie

4.1.1 Aufbau und Nutzung der Informations- und Kommunikationstechnologie

An das EDV-System sind alle Kliniken und Funktionseinheiten angeschlossen. Die für diese Bereiche notwendigen Module sind installiert. Es wurden Standards für Hard- und Software definiert. Ein Ausfallsicherungskonzept ist vorhanden, es gibt eine Hotline und einen Bereitschaftsdienst zur Unterstützung der Anwender. Es werden hausintern Schulungen zu Standardsoftware und zur elektronischen Patientenakte angeboten. Zugang haben alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums, entweder über eine persönliche Benutzerkennung mit persönlichem Passwort oder über gemeinsame Zugänge über Station. Der Zugang zur elektronischen Patientenakte ist nur mit persönlicher Benutzerkennung und Passwort möglich. Dieses muss alle drei Monate geändert werden. Ein klinikumsweites E-mail-System ist eingerichtet, ein Intranet steht den Mitarbeitern zur Verfügung mit allen benötigten Informationen einschließlich eines Dokumentenmanagementsystems.

4.2 Patientendaten

4.2.1 Regelung zur Führung, Dokumentation und Archivierung von Patientendaten

Im Klinikum am Weissenhof existiert ein auf die Belange der Kliniken angepasstes Elektronisches Dokumentationssystem der Firma AGFA, für dessen Umsetzung die Dualen Leitungen die Letztverantwortung tragen. Die elektronische Patientenakte ist umgesetzt und wird in einem ständigen Verbesserungsprozess an die Bedürfnisse der Anwender auch unter Berücksichtigung des Datenschutzes und gesetzlicher Vorgaben zur Archivierung angepasst und erweitert. Entsprechende Richtlinien zur Dokumentation und Archivierung existieren. Alle relevanten Daten werden zeitnah berufsgruppenübergreifend in der elektronischen Patientenakte durch die Verantwortlichen dokumentiert. Vorgaben zur Dokumentation finden sich in den Handbüchern zu den verschiedenen Abläufen des Behandlungsprozesses sowie in entsprechenden Richtlinien. Sofern Unterlagen noch in Papierform vorliegen, werden diese im Archiv abgelegt, nach Abschluss der Behandlung digitalisiert durch Einscannen, so dass sie bei weiteren Aufenthalten unmittelbar per elektronischer Patientenakte zur Verfügung stehen. Ein neu eingerichtetes Medizincontrolling stellt Steuerungsdaten zur Verfügung, medizinische Codierfachkräfte unterstützen die aufwändige Dokumentation.

4.2.2 Verfügbarkeit von Patientendaten

Durch die elektronische Patientenakte ist der Zugriff auf Patientendaten zeitlich uneingeschränkt verfügbar. Ein entsprechendes EDV-Ausfallkonzept gewährleistet eine sehr hohe Verfügbarkeit der Patientendokumentation vor Ort. Bei Wiederaufnahmen scannen die Archivmitarbeiter alle Entlassbriefe aus den Voraufenthalten in die elektronische Patientenakte. Eine Herausgabe der alten Papierakte wird daher meist nicht notwendig. Während der Regelarbeitszeit können alle Altakten in Papierform angefordert werden. Papierakten wurden bis 2005 geführt. Im Archiv wird das Aktenverwaltungsprogramm (SAPA) eingesetzt zur Dokumentation entnommener Akten. Nach Abschluss der Behandlung werden alle relevanten Dokumente des Aufenthaltes zur elektronischen Fallakte hinzugesannt. Nachlaufende Papierbefunde werden ebenfalls zur elektronischen Fallakte hinzugesannt. Alle an der Behandlung Beteiligten haben auch nach Fallabschluss noch die Möglichkeit, zum Fall hinzu zu dokumentieren

4.3 Informationsmanagement

4.3 1 Information der Krankenhausleitung

Die Krankenhausleitung wird monatlich durch ein Management-Informationssystem im Intranet über alle wesentlichen Punkte (Belegung, Kosten-Leistungs-Information, Ergebnishochrechnung usw.) informiert. Es besteht ein geregeltes Meldesystem bei außergewöhnlichen Ereignissen, die Teilnahme an Personalversammlungen ist obligatorisch. Es findet ein Quartalsgespräch zwischen Geschäftsführer und Personalrat statt. Über Mailverteiler werden Mitteilungen der BWKG, Vorschriften aktuell und der Pressespiegel zur Verfügung gestellt. Mitglieder der GL sind in externen Gremien vertreten, z.B.: BWKG, Arbeitskreise Baden-Württemberg, Bundesdirektorenkonferenz. Die Informationen werden in den entsprechenden Gremien diskutiert und entsprechend der Besprechungsmatrix Top-down / Bottom-up kommuniziert.

4.3.2 Informationsweitergabe (intern/extern)

Abteilungsübergreifende Besprechungen finden nach der Struktur der Besprechungsmatrix in Form der Geschäftsleitung, der Medizinkonferenz, Operativer Konferenz, Strategiekonferenz, Besprechung Wirtschaft und Verwaltung, Klinikleitungsbesprechungen, Bereichs- und Stationsbesprechungen sowie verschiedener Koordinierungsgruppen statt. Die Organisation erfolgt über eine Internetplattform, die den Belangen der Organisationsentwicklung angepasst ist. Eine Tagesordnung und ein Protokoll sind verbindlich, die Protokolle werden nach dem festgelegten Verteiler gestreut. Als berufsgruppenspezifische abteilungsübergreifende Besprechungen finden die Chefarzt-, die Pflegedienstleitungs-, die Oberarzt- und die Stationsleiterbesprechung statt. Als Kommunikationsmittel dienen E-Mail, Intranet, Mitarbeiterzeitschrift, Aushänge und Infomappen. Neben den organisatorischen Besprechungen gibt es patientenbezogene Therapie- und Fallbesprechungen. Termine über Fort- und Weiterbildungen werden in der Presse sowie im Internet veröffentlicht. Die Steuerung der externen Kommunikation erfolgt über die Abteilung Öffentlichkeitsarbeit.

4.4 Telefonzentrale und Empfang

4.4.1 Organisation und Service

Als zentrale Auskunftsstelle für Patienten, Besucher aber auch Mitarbeiter (in dienstlichen Belangen) dient die Informationszentrale an der Pforte. Diese Zentrale ist 24-stündig besetzt, die kontinuierliche Informationsweitergabe ist so sichergestellt. Zentrale Informationen wie Telefonliste und Patientenliste stehen hier über das EDV-System zur Verfügung, ebenso Dienstpläne und Anweisungen zu Notfallsituationen. Die Mitarbeiter sind ausschließlich für Pforte und Telefonzentrale an zentralem Arbeitsplatz 24 Stunden an 7 Tagen in der Woche eingesetzt, teilweise doppelt besetzt. Es besteht der notwendige Zugriff auf das Patientendokumentationssystem, um Auskünfte im geregelten Umfang erteilen zu können. Ein gesondertes Telefon ist für Notrufe bereitgestellt.

4.5 Datenschutz

4.5.1 Regelungen zum Datenschutz

Eine Datenschutzbeauftragte ist als Stabsstelle benannt. Datenschutzrechtliche Informationen und Anweisungen sind im Intranet abrufbar. Das Berechtigungskonzept der elektronischen Patientenakte wird in Zusammenarbeit mit der Datenschutzbeauftragten erarbeitet, aktualisiert und überwacht. Der Datenschutz ist ein fester Punkt bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter und wird zusätzlich in regelmäßigen Schulungen vermittelt. Externe haben keinen Zugriff auf Daten des Krankenhauses. Ein technisches Sicherheitskonzept existiert. Auch Organisatorische Sicherheitskonzepte liegen vor (Benutzerverwaltung, Rollenkonzepte, Passwortalterung u.a.). Zu den EDV-Arbeitsmitteln gibt es Dienstvereinbarungen mit dem Personalrat.

5 Führung

5.1 Unternehmensphilosophie und -kultur

5.1.1 Vision, Philosophie und Leitbild

Die Koordinierungspflicht in medizinischen und ökonomischen Bereichen haben wir als Chance begriffen, diese Weiterentwicklung bezogen auf das Versorgungsgebiet Baden Württemberg gezielt und abgestimmt voranzutreiben. Durch die Vernetzung in verschiedenen Arbeitsgruppen werden Kompetenzen zusammengebracht. Eine gemeinsame strategische Planung für die Versorgungsangebote aller ZfP in Baden-Württemberg wurde vorgelegt. Sie ist getragen von den Zielen einer gut erreichbaren sowie umfassenden Versorgung und der Vernetzung in dem gemeindepsychiatrischen Verbänden. Die gemeinsame Vision ist im Strategiepapier der ZfP hinterlegt. Ein Leitbild wurde berufsgruppenübergreifend erstellt.

5.1.2 Durchführung vertrauensbildender und -fördernder Maßnahmen

Durch die Veröffentlichung der Geschäftsordnungen und des Organigramms wurde Transparenz hergestellt. Entscheidungen werden zeitnah durch Protokolle und durch die Information der weiteren Führungsebenen sowie im Intranet bekannt gemacht. Es besteht ein regelmäßiger und offener Kontakt mit der Personalvertretung in Form von Quartalsgesprächen, Mitglieder der Personalvertretung sind in strategischen Workshops und Projektgruppen vertreten. Es herrscht eine niederschwellige Erreichbarkeit der GL-Mitglieder für alle Mitarbeiter. Es gibt ein Beschwerdemanagement und ein Vorschlagswesen. Das verabschiedete Leitbild und die daraus abgeleiteten Führungsgrundsätze enthalten die Verpflichtung der Führungspersonen zur Information und Kommunikation, gegenseitigem Respekt und Vertrauen.

5.1.3 Ethische und kulturelle Aufgaben sowie weltanschauliche und religiöse Bedürfnisse

Das Krankenhaus sichert die Rechte des Patienten bei allen Behandlungsmaßnahmen. Es fühlt sich gemäß Leitbild der Würde jedes einzelnen Patienten verpflichtet. Ein Ethikkomitee existiert und führt Ethikberatungen durch. Eine interne Ethikkommission ist eingesetzt. An der Klinik sind Seelsorger der beiden christlichen Konfessionen im Einsatz. Es gibt Richtlinien zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen, zur Sterbegleitung und zur Behandlung gegen den Willen des Patienten. Das Klinikum bietet ein breites Angebot kultureller Veranstaltungen.

5.2 Strategie und Zielplanung

5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung

Die Strategie zur Entwicklung der Zielplanung im Klinikum am Weissenhof wird über den Gesetzgeber definiert, der die Aufgaben in seiner Satzung festlegt. Eine Weiterentwicklung erfolgt durch die Koordinierungsverpflichtung der Zentren für Psychiatrie auf Ebene der Geschäftsführer. Auf der Basis einer allgemeinen Strategieplanung wird diese für die einzelnen Fachbereiche konkretisiert. Im Rahmen der Organisationsentwicklung wurden strategisch Verantwortliche benannt, die Umsetzung erfolgt über die Operative und Medizinische Konferenz unter Einbezug der professionellen Einheiten. Es findet auf Klinikumsebene 2-monatlich eine strategische Sitzung zur Zielplanung statt. Mitarbeiterbefragungen sind im dreijährigen Rhythmus festgelegt, die Ergebnisse werden für die Zielplanung herangezogen. Die Zielplanung wird in den Abteilungen kommuniziert sowie in den Medien veröffentlicht.

5.2.2 Gesellschaftliche Verantwortung, Partnerschaften und Kooperationen

Bei Kooperationen gilt der Grundsatz, dass beide Kooperationspartner ökonomisch profitieren und die Maßnahme die Versorgung der Patienten verbessert. Es finden Kosten- Nutzenanalysen und Wirtschaftlichkeitsrechnungen statt. Zahlreiche Kooperationen bestehen. Durch Prozessanalysen, Standardisierung von Abläufen, Zentralisierung, Mehrfachnutzung von Ressourcen werden Synergien genutzt. Der Aufbau und die Pflege von Partnerschaften im Rahmen der Ausübung gesellschaftlicher Verantwortung sind über die Zusammenarbeit mit dem Hilfsverein, Kulturverein und Förderverein gegeben. Auf dem Gelände des Klinikums gibt es zudem eine Gedenkstätte für die Opfer des Nationalsozialismus im Kontext gesellschaftlicher Verantwortung. Das Klinikum ist Förderer von Slow Food, Mitgliedschaft im Landesverband für Psychiatrie und in der Energie-Wirtschafts-Gesellschaft zur ressourcen- und umweltschonenden Versorgung mit Energie, dem Gerontopsychiatrischen Schwerpunkt und dem Pfl egenetz.

5.3 Organisationsentwicklung

5.3.1 Festlegung einer Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur des Krankenhauses folgt den Prinzipien einer generic Governance, die es dem Klinikum ermöglichen soll, den vielfältigen Anforderungen gerecht zu werden. Die Struktur ist im Organigramm festgelegt. Aus dem Organigramm ergeben sich die Gremien- und Abteilungsstruktur, die fachliche Weisungsbezugnis und die disziplinarische Zuordnung. Durch den systemischen Ansatz ist sichergestellt, dass alle relevanten Themenfelder in den entsprechenden Gremien durch die benannten Rollen bearbeitet werden. Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind beschrieben und transparent durch die namentliche Zuordnung, auch in den für die Mitarbeitergespräche erstellten Organigrammen. Die Koordination der Gremienarbeit ist in deren Geschäftsordnungen geregelt.

5.3.2 Effektivität und Effizienz der Arbeitsweise der Führungsgremien

Die Leitungsgremien sind hierarchisch strukturiert. Sowohl die Inhalte als auch die Termine sind aufeinander abgestimmt. Die Arbeitsweise ist durch Geschäftsordnungen geregelt, hierin finden sich neben den zu behandelnden Inhalten und zu erwartenden Entscheidungen auch Regelungen zu Protokoll, Tagesordnung und Moderation. To-Do-Listen zur Kontrolle der Umsetzungen werden geführt. Das Projektmanagement ist als Themenfeld beschrieben und auf der Internetplattform abgebildet, ebenso eine Übersicht über Maßnahmen. In den Projektaufträgen wird der zeitliche und personelle Ressourcenaufwand geschätzt und durch die Verantwortlichen genehmigt.

5.3.3 Innovation und Wissensmanagement

Das Klinikum am Weissenhof setzt Innovationen auf der Basis strategischer Überlegungen unter Beachtung interner und externer Rahmenbedingungen kontinuierlich um. Für die Mitarbeiter besteht neben den Klinikkonferenzen die Möglichkeit, über das Betriebliche Vorschlagswesen sich an der innovativen Weiterentwicklung zu beteiligen. Das Intranet wird langfristig als Wissensplattform aufgebaut, relevante Informationen sind hier für alle zugänglich hinterlegt. Als wichtige Möglichkeit zur Informations- und Verbreitung von Wissen werden Besprechungen sowie Team- und Fortbildungsveranstaltungen gesehen. Das Klinikum ermöglicht für die Mitarbeiter einen kostenlosen Online-Zugang zu einem umfangreichen Bestand an Fachliteratur, z.B. von Fachzeitschriften.

5.4 Marketing

5.4.1 Externe Kommunikation

Die Aufgabe der Öffentlichkeitsarbeit ist im Leitbild des Klinikums verankert. Dem Klinikum ist ein positives Bild in der Öffentlichkeit wichtig. Dieser Leitsatz gilt für alle Mitarbeiter des Klinikums. Die Stabsstelle Marketing und Öffentlichkeitsarbeit arbeitet als professionelle Einheit. Durch diese organisatorische Ausrichtung sowie die Teilnahme an den relevanten Gremien ist eine systematische Öffentlichkeitsarbeit gemäß der Unternehmensziele bzw. der strategischen Zielsetzungen des Klinikums gewährleistet. Ein allgemeines Marketingkonzept, das sich an den Zielen der Geschäftsleitung orientiert, und in dem Marketingmaßnahmen zur Erreichung öffentlichkeitswirksamer Ziele enthalten sind, besteht. Einmal jährlich formuliert das Marketing seine Zielplanungen.

5.5 Risikomanagement

5.5.1 Aufbau und Entwicklung eines Risikomanagementsystems

Die Zielsetzungen zum Risikomanagement sind durch Koordinierungsgruppe der Geschäftsführer und den Aufsichtsrat definiert. Das System folgt einem Risikomanagement-Handbuch. Zur Einführung eines Risikohandbuches wurde ein extern moderierter Workshop mit allen Leitungskräften durchgeführt und die Risiken ermittelt und bewertet und Verantwortlichkeiten festgelegt. Das ZfP-übergreifende Handbuch wird für das Klinikum spezifiziert. Das Themenfeld Risikomanagement ist explizit beschrieben, die Verantwortlichen benannt, ebenso die Meldewege. Zum und zur Analyse von Beinahefehlern wurde ein Critical Incident Reporting System (CIRS) eingeführt. Ein CIRS-Beauftragter sowie einer CIRS-Koordinierungsgruppe wurden benannt. Das Konzept folgt der Verfahrensweisung, die Meldungen gehen über das entsprechende Formular ein.

6 Qualitätsmanagement

6.1 Qualitätsmanagementsystem

6.1.1 Organisation

Das Qualitätsmanagement wurde nach dem Modell der EFQM systematisch eingeführt. Die Besetzung der monatlich tagenden Koordinierungsgruppe „Qualitätsmanagement“ wurde an der Struktur des Klinikums ausgerichtet. Der Personalrat wird über die gesetzliche Beteiligungspflicht in Maßnahmen einbezogen. Der Qualitätsmanagementkoordinator ist Stabsstelle des Geschäftsführers. Eine Qualitätsmanagerin ist zusätzlich eingestellt. Die Krankenhausleitung stellt die zur Umsetzung des Qualitätsmanagements erforderlichen Ressourcen zur Verfügung. Die QM-Managerin wird durch die QM-Beauftragten der Abteilungen unterstützt. In der Koordinierungsgruppe QM werden Projekte vorgeschlagen, umgesetzt, begleitet und evaluiert. Ein Organigramm und eine Tätigkeitsbeschreibung des QM-Koordinators und der QM-Managerin existieren. Die Aufgaben und Kompetenzen der QM-Beauftragten regelt die Geschäftsordnung der Koordinierungsgruppe. .

6.1.2 Vernetzung, Prozessgestaltung und Prozessoptimierung

Die Planungen und Umsetzungen der klinischen Prozesse werden über die elektronische Patientenakte abgebildet. Eine Differenzierung der Prozesse findet dadurch statt. Im Konzept Dokumentenmanagement findet sich ebenfalls die Strukturierung bzw. Definition der Prozesse über Prozessdeckblätter wieder. Kern- und Stützprozesse können so identifiziert werden. Klinikumsübergreifende Prozesse werden über die Koordinierungsgruppen optimiert, kommuniziert und in der Medizinischen oder Operativen Konferenz verabschiedet. Organisatorische Vernetzung findet statt über die Internetplattform, auf der alle Rollen, Gremien, Besprechungen, Projekte, Maßnahmen und Strategien abgebildet und verknüpft sind. Die Optimierung findet im Rahmen der Organisationsentwicklung durch die benannten Organisationsentwickler in der Organisationsentwicklungskonferenz statt.

6.2 Befragungen

6.2.1 Patientenbefragung

Eine kontinuierliche Patientenbefragung bei Entlassung wird durchgeführt. Die Auswertung erfolgt durch eine externe Firma. Durch die Bereitstellung von Benchmarkdaten ist ein Vergleich mit anderen Krankenhäusern möglich, der interne Vergleich erfolgt im Rahmen von Präsentationen im Sinne eines Best-Practice. Eine Vereinheitlichung mit den Schwesterkliniken Winnenden und Wiesloch, mittelfristig mit den Zentren für Psychiatrie Baden-Württemberg wird angestrebt.

6.2.2 Befragung externer Einrichtungen

Eine Einweiserbefragung ist durch die Auswahl der Top-Einweiser und ihren Inhalt am Einweisermanagement orientiert und wurde durchgeführt. Durch die Rückmeldung der Ergebnisse an die Befragten wird die Wahrung derer Interessen berücksichtigt, die Ergebnisse werden intern diskutiert und Maßnahmen abgeleitet.

6.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung dient wesentlich zur Weiterentwicklung der Unternehmenskultur, der Personalentwicklung und Mitarbeiterzufriedenheit mit dem Ziel der Mitarbeiterbindung und -rekrutierung. Die Mitarbeiterbefragung wird durch das Institut „Great Place to Work“ durchgeführt und ausgewertet. Weitere themenbezogene Befragungen werden durch die Verantwortlichen beauftragt (z.B. Speiseversorgung). Diese Mitarbeiterbefragungen werden durch das Qualitätsmanagement ausgewertet und präsentiert. Zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Befragungen steht die notwendige Software zur Verfügung. Bei der Vorbereitung ist der Personalrat beteiligt. Die Präsentation der Ergebnisse erfolgt bei der umfassenden Befragung im Rahmen einer Personalversammlung und anschließender Präsentation in den Kliniken / Abteilungen.

6.3 Beschwerdemanagement

6.3.1 Umgang mit Wünschen und Beschwerden

Patientenwünsche und Patientenbeschwerden werden über die regelmäßige Patientenbefragung und über ein systematisches Beschwerdemanagement erfasst. Weiterhin ist die Funktion eines Patientenfürsprechers eingerichtet. Die erfassten Beschwerden werden für gezielte Verbesserungsmaßnahmen genutzt.

6.4 Qualitätsrelevante Daten

6.4.1 Erhebung und Nutzung von qualitätsrelevanten Daten

Das Klinikum beteiligt sich an allen gesetzlich vorgeschriebenen und an freiwilligen Maßnahmen der externen Qualitätssicherung. Die Krankenhausleitung stellt dies durch die Beauftragung der Patientendatenverwaltung und des Medizinischen Controlling sicher. Die strukturierte Erhebung wird durch die Bereitstellung der entsprechenden Bögen bzw. durch die geeignete EDV-Software sichergestellt.

6.4.2 Methodik und Verfahren der vergleichenden externen Qualitätssicherung

Das Klinikum beteiligt sich an der Dekubitusdokumentation, die seit 2008 vorgeschrieben ist. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden auf Vollständigkeit und fehlerfreie Erstellung der Datensätze hin überprüft und die entsprechenden Stellen bei Abweichungen informiert. Eine benannte Arbeitsgruppe setzt sich mit Abweichungen auseinander und leitet entsprechende Maßnahmen ein. Auftreten und Verläufe von Dekubiti werden z.B. fotografisch dokumentiert. Ein Benchmark mit den Schwersternhäusern Wiesloch und Winnenden wird durchgeführt.